

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

298^{Nº}

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR LE

~~DOCTEUR~~ LÉON CHAMBRIN

Né à Jugon (Côtes-du-Nord), le 13 Août 1903

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SYPHILIS OSSEUSE
ET
ARTICULAIRE TRAUMATIQUE

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

1929

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	ROUVIÈRE.
Physiologie	CUNÉO.
Physique médicale.....	ROGER.
Chimie médicale.....	STROHL.
Bactériologie.....	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	LEMIERRE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BRUMPT.
Pathologie médicale	MARCEL LABBÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SICARD.
Anatomie pathologique.....	LECÈNE.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	TIFFENEAU.
Thérapeutique	M. VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	LOEPER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée.....	MÉNÉTRIÉR.
	RATHERY.
	{ CARNOT.
Clinique médicale.....	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
	{ DELBET.
Clinique chirurgicale.....	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	{ TERRIEN.
Clinique urologique.....	{ LEGUEU.
	{ COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	{ J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	{ OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	{ VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	{ SEBILLEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	{ DUVAL.
Clinique propédeutique	{ SERGENT.
Professeur sans chaire.....	{ BRANCA.
	{ MAUCLAIRE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ABRAMI.	ÉCALLE.	MATHIEU.
ALAJOUANINE.	FIESSINGER.	MERCIER (Fernand);
AUBERTIN.	GARNIER.	METZGER.
BASSET.	GATELLIER.	MONDOR.
BAUDOUIN.	GIROUD.	MOURE.
BINET.	HARVIER.	MULON.
BLANCHETIÈRE.	HEITZ-BOYER.	OBERLING.
BROCQ.	HOVELACQUE.	OLIVIER.
BRULÉ.	HUTINEL.	PHILIBERT.
CADENAT.	JOYEUX.	QUÉNU.
CHABROL.	LABBÉ (Henri).	RICHTET Fils.
CHIRAY.	LARDENNOIS.	SÉZARY.
CLERC.	LEMAITRE.	VALLÉRY-RADOT.
DEBRÉ.	LEROUX.	(Pasteur).
DOGNON.	LÉVY-SOLAL.	VAUDESCAL.
DONZELOT	LHERMITTE.	VELTER
DUVOIR.	LIAN.	VERNE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR LE

~~DOCTEUR~~ LÉON CHAMBRIN

Né à Jugon (Côtes-du-Nord), le 13 Août 1903

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS OSSEUSE

ET

ARTICULAIRE TRAUMATIQUE

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

1929

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Trop tôt ravi à mon affection et
dont la vie reste pour moi un
exemple de travail et de droiture.*

A MA GRAND'MÈRE

*Faible témoignage de mon affec-
tion et de ma reconnaissance pour
son inlassable dévouement à mon
égard.*

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Hommage respectueux et reconnaissant pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARTHÉLEMY

Qui nous a proposé le sujet de cette thèse et nous a aidé de ses conseils qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueuse gratitude.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE DAMAMY

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

*Qui nous aida de ses sages
conseils, q'il trouve ici le témoi-
gnage de notre reconnaissance
respectueuse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CANAGUIER

*Dont nous fîmes l'interne hom-
mage reconnaissant pour la bien-
veillance qu'il nous a témoignée.*

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Une des questions les plus à l'ordre du jour de notre époque est, à n'en pas douter, celle des maladies professionnelles. Celles-ci tendent sans cesse à élargir leurs cadres.

La notion du traumatisme, pierre de touche des accidents de travail, qu'on retrouve dans l'étiologie de nombreuses maladies revêt, dans la syphilis, un intérêt que double souvent la difficulté de diagnostic des lésions qu'elle détermine.

S'accompagnant généralement pour le malade d'une gêne fonctionnelle plus accentuée que les autres manifestations cutanées ou viscérales, la syphilis osseuse et articulaire est une de celles qui provoquent le plus de revendications de la part des assurés. C'est celle que nous aurons en vue dans ce travail.

La question n'est pas neuve. De nombreux auteurs, entre autres Verneuil et son élève Petit, Berger dans sa thèse d'agrégation l'ont autrefois traitée.

La découverte relativement récente du tréponème, celle de l'existence des plaies et des gommes micosiques, la vulgarisation du Bordet-Wassermann, ont en améliorant les conditions de recherches et les méthodes de diagnostic, permis une discussion plus sévère des cas de syphilis traumatique observés.

La guerre, d'autre part, a fourni au médecin le champ d'observations le plus vaste.

Notre plan est simple. L'historique esquissé, il nous a paru utile de consacrer un premier chapitre au

traumatisme et de voir dans quelles conditions ce mot prend toute sa valeur.

Les chapitres suivants auront trait aux manifestations osseuses et articulaires de la syphilis traumatique.

Après avoir dit quelques mots du diagnostic et de la pathogénie, nous envisagerons l'importance de la syphilis traumatique dans les accidents de travail.

Avant de terminer cette brève introduction, nous tenons à remercier M. R. Barthélemy et à l'assurer de notre vive reconnaissance. Il nous a, de la façon la plus aimable, aidé de sa compétence et de ses conseils et donné la majeure partie de la documentation de notre thèse.

HISTORIQUE

Dès l'apparition de la syphilis, au xvi^e siècle, les vieux auteurs s'occupèrent de ses rapports avec le traumatisme. Dans une première période qui va jusqu'en 1828, ils pensaient que la syphilis étant une maladie générale dont l'action s'étendait à tout l'organisme, elle pouvait influencer à sa façon une opération effectuée sur un sujet qui en était atteint.

Amatus Lusitanus, en 1550, Saviard, en 1697, La Faye, en 1736, ne manquent pas de faire précéder leurs interventions sur des vérolés d'un traitement au gaïac ou au mercure.

Lagneau s'élève contre cette pratique, il soutient que la syphilis n'a aucune influence sur les plaies, l'inflammation d'une plaie serait même pour lui une contre-indication au traitement mercuriel.

Ce son de cloche reste sans écho, et jusqu'en 1867, date des premiers travaux de Verneuil, les avis restent partagés : certains auteurs continuant à déclarer parfaitement prouvée l'influence de la syphilis sur les lésions traumatiques, d'autres, Ricord, à leur tête, soutenant que les plaies guérissaient chez les spécifiques comme chez les sujets simples. Il n'est pas inutile de rappeler l'énergique affirmation de Ricord à ce sujet : « Non, le vénérien n'est pas une outre virulente qu'il suffit de piquer pour en faire sortir le virus et qui doit ensuite spécifiquement corroder, ulcérer chancreusement l'ouverture qui lui a donné passage. »

En 1875, paraît l'excellente thèse de L.-H. Petit qui

résume l'opinion de Verneuil. L'absence de séro-réaction inexistante à l'époque oblige malheureusement à éliminer la majeure partie des nombreuses observations rapportées par l'auteur.

Trop grande est l'importance accordée au traumatisme par Berger dans sa thèse d'agrégation (1875) sur la conduite du chirurgien vis-à-vis du syphilitique et par Dron dans son étude sur l'influence de la syphilis dans la réparation des fractures.

Fournier qu'on n'interroge jamais en vain en matière de spécificité conclut ainsi : « Possibilité indéniable pour une plaie quelconque, affectant un sujet syphilitique de subir l'influence de la diathèse et de dégénérer en une plaie syphilitique, mais rareté de telles dégénérescences. » (Fournier, *Traité de la Syphilis*, t. II, f. 1.)

Cependant, les nombreux travaux qui paraissent à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e n'éclairent pas le sujet d'une lumière plus vive.

La loi de 1898, sur les accidents du travail, puis la guerre qui multiplie, pour le médecin, les occasions d'observer les cas de syphilis traumatique viennent donner à la question un intérêt nouveau.

De nombreux articles voient le jour, citons entre autres ceux de Gougerot et Clara, Milian, Lenoir, Chaput, Goubeau, Cl. Simon, Lacapère et Laurent, Lapointe et Marbet, Barthélemy, A. Broca, Railliet, en France ; Vignolo, Pasini, Barbaglia, Klander, Lenzmann, à l'étranger.

La découverte du tréponème et de la réaction du Borlet-Wassermann en facilitant le diagnostic donne aux observations de ces dernières années plus de rigueur et d'intérêt.

Avant de terminer ce bref historique, il est utile de connaître l'opinion exposée par Thibierge dans *La Gazette des Hôpitaux* (janvier 1925). Très sceptique sur l'existence des syphilides traumatiques tégumentaires qu'il disait n'avoir jamais observées, il admettait celle des lésions syphilitiques post-traumatiques des os.

ETIOLOGIE : LE TRAUMATISME

Il est nécessaire au départ de s'entendre sur la valeur accordée au mot traumatisme. En ces temps d'études sociologiques où l'accident de travail prend une telle importance, la définition des maladies professionnelles devient d'autant plus complaisante qu'on élargit davantage celle de l'accident.

Verneuil appelle lésion traumatique les désordres accidentellement produits par des agents vulnérants ou par un acte physiologique exagéré. Ces agents vulnérants sont d'ordre mécanique, physique, chimique.

Nous ne parlerons que pour mémoire des traumatismes d'ordre thérapeutique : piqûres, ventouses scarifiées, cautérisations, révulsions, qui intéressent plus directement les syphilides tégumentaires.

Des travaux récents ont montré l'importance des traumatismes physiologiques, de ceux, en particulier, qui surviennent à l'occasion de la marche. Celle-ci peut provoquer au niveau du pied des manifestations syphilitiques.

L'importance causale du traumatisme en matière d'accidents de travail est intimement liée aux notions précises qu'on a sur sa nature, son intensité, son point d'application. Certains auteurs ajoutent même un quatrième facteur de durée et de répétition et ne considèrent pas comme cas véritables de syphilis traumatique ceux qui succèdent à une contusion unique. Pour M. Lacapère, en particulier, une ostéite tertiaire, lésion chronique, ne peut succéder qu'à un traumatisme chronique.

Les lésions syphilitiques du front observées par lui sur le musulman qui, plusieurs fois par jour, frappait la terre de son front ne se seraient pas produites si le traumatisme ne s'était indéfiniment répété.

Il ne semble pas utile de faire une distinction nette entre le traumatisme unique violent et le petit traumatisme fréquemment répété, professionnel le plus souvent. Des lésions sont produites dans les deux cas, elles sont comparables et leur opposition ne mérite pas à notre sens d'être maintenue, sauf en ce qui concerne les accidents de travail.

Quoi qu'il en soit, il existe des lésions syphilitiques traumatiques qui sont la conséquence d'un véritable accident, du travail ou non. D'autres succèdent à des traumatismes légers répétés ou à des traumatismes physiologiques.

Ces traumatismes peuvent survenir chez un sujet déjà vérolé et la lésion qu'ils déterminent prend le caractère d'une lésion syphilitique.

Dans d'autres cas, le traumatisme est antérieur à la syphilis, celle-ci contractée, il peut se développer sur la cicatrice accidentelle une lésion spécifique.

La syphilis osseuse et articulaire ne se manifestant qu'aux périodes secondaire et tertiaire, nous diviserons les faits de syphilis post-traumatique en deux grandes classes :

1^o SYPHILIS ÉVEILLÉES OU RÉVÉLÉES PAR UN TRAUMATISME ;

2^o SYPHILIS POSTÉRIEURES AUX TRAUMATISMES.

4

I. — SYPHILIS LATENTES ÉVEILLÉES OU RÉVÉLÉES PAR UN TRAUMATISME

Syphilis osseuse

Elle est exceptionnelle en période secondaire, un beau cas a été rapporté par Pasini :

G..., âgé de 27 ans, contracte la syphilis en novembre 1919, et présente des accidents secondaires. Pendant que ceux-ci sont en évolution il fait sur la glace, pendant une course, une chute grave. La tête est notamment traumatisée au niveau de la bosse frontale gauche, mais sans aucune solution de continuité des téguments. Il n'existe qu'une ecchymose, avec notable tuméfaction locale intéressant toutefois peau et périoste. Fortes douleurs, alitement. Une dizaine de jours après l'accident, la lésion qui semblait d'abord se résoudre, s'accroît et modifie ses caractères.

« Douleurs sourdes, spontanées, nocturnes surtout, la bosse frontale gauche se tuméfie de nouveau avec participation du périoste, la peau d'abord libre et mobile devient adhérente et rougit. La tuméfaction se ramollit. Le malade a encore des plaques muqueuses pharyngées. Le traitement combiné par calomel et néo-salvarsan provoque d'abord une réaction d'Herxheimer locale et générale puis amène la disparition complète en un mois environ.

La période tertiaire est la plus fertile en incidents. Les cas sont rendus d'autant plus complexes en matière d'accidents de travail que la lésion d'origine traumatique est souvent le seul accident syphilitique apparent.

Il n'existe pas toujours parallèlement aux lésions osseuses sous-jacentes, des manifestations cutanées,

dont l'aspect typique met l'observateur attentif sur la voie du diagnostic. Il est même fréquent de voir le traumatisme déclancher la première manifestation d'une syphilis méconnue dont on ne songe pas à rechercher les stigmates.

L'observation qui suit est, à ce point de vue, caractéristique. Elle a été rapportée par M. R. Barthélémy, en juin 1926, à la Société de Dermatologie :

X..., homme d'équipe, dans une gare de province, est victime, le 20 août 1925 à 16 h. 30, d'un accident de travail dans les conditions suivantes relatées au rapport administratif : en bâchant un wagon, la corde qu'il serrait ayant cassé, il est tombé sur le poignet gauche. Peut-être s'est-il heurté en d'autres points, mais il n'a pu oralement me préciser dans quelle position étaient les segments de son membre supérieur gauche lors de la chute.

Le médecin de réseau qu'il a vu le lendemain a inscrit le diagnostic suivant : *Foulure du poignet gauche, ténosite*. Il a prévu quelques jours d'arrêt du travail et des suites bénignes.

Effectivement, l'état du poignet s'améliore, mais au bout de quelques jours (le délai n'a pu être précisé rétrospectivement) apparaît à la partie postéro-supérieure de l'avant-bras une tuméfaction du cubitus, sans grande douleur et sans modification de la peau.

Le 13 septembre, soit 23 jours après l'accident, le chirurgien consultant local, ancien interne des hôpitaux de Paris, demande une radiographie pour « fracture méconnue du cubitus ou tumeur osseuse ». Sur le vu de la radio, il porte le diagnostic d'abcès osseux du cubitus avec nécessité d'intervenir rapidement et le 28 septembre, il opère.

Six semaines plus tard, la plaie opératoire ne s'étant pas refermée, et malgré une deuxième radiographie aussi caractéristique que la première, une deuxième intervention est pratiquée pour « ostéomyélite du cubitus, » le 8 décembre 1925.

La guérison ne survenant pas, je contre-visite, le malade à Paris, le 25 février 1926. Il porte, au tiers supérieur de la face postérieure de l'avant-bras gauche une légère tuméfaction fusiforme et une longue plaie opératoire en gouttière, qui correspond à l'évidement cubital. Cette plaie est large de

quelques millimètres seulement, mais avec des bords atones violacés. L'aspect de ceux-ci, l'allure froide et la persistance d'une suppuration filante, réduite et non grumeleuse, la radiographie éveillent l'attention, ainsi que l'absence de réaction ganglionnaire et générale.

Il n'y a pas de signes de syphilis par ailleurs. La femme du malade serait bien portante, ainsi que deux enfants (11 et 6 ans) elle n'aurait pas eu de fausse-couche. Toutefois une fillette est morte à 3 ans de maladie bleue.

Une séro-réaction est faite, elle est positive. Revu, après cinq intra-veineuses, le 13 avril, le malade est amélioré mais non guéri, et la fistule linéaire persiste encore, quoique réduite, la reprise du travail n'est donc pas encore possible huit mois après l'accident.

Revu fin décembre 1928 pour la révision légale, le blessé va bien, sa cicatrice ne s'est pas rouverte. Son os n'est pas douloureux.

Il a une légère leucoplasie commissurale, surtout à gauche, qui avait échappé, elle n'existait peut-être pas lors des examens précédents.

Bien qu'averti, il n'a pas soigné sa syphilis.

Clément Simon publia, en 1921, une observation qui lui servit de base pour construire sa théorie pathogénique sur l'origine osseuse des syphilides cutanées traumatiques.

Voici ce cas résumé, il concerne comme l'observation précédente une ostéopériostite.

Il s'agissait d'un soldat de 37 ans, qui avait été blessé en 1916, par une balle dans la région cubitale du côté gauche. La balle avait intéressé le cubitus. Evacué en 1918 pour une dermatose circinée siégeant au tiers inférieur de l'avant-bras gauche du côté cubital, ayant commencé au niveau de la cicatrice. Le diagnostic de syphilis tertiaire est évident. Réaction de Wassermann et Hetcht fortement positive.

Une radiographie des deux avants-bras montra des lésions importantes caractéristiques des deux cubitus.

La formation de gonnes nettement circonscrites

en tissu osseux a été signalée d'une façon exceptionnelle.

Verneuil et Fournier en ont cependant noté quelques cas. Ils avaient à ce sujet insisté sur le rôle du petit traumatisme souvent répété, parfois d'origine professionnelle (observation d'Ætlinger, où l'on note après une chute grave sur l'épaule l'apparition de lésions localisées, uniquement à l'humérus, ressemblant à celle de la maladie de Paget ou à celle de l'ostéomyélite gommeuse).

A propos de cette observation, Clément Simon fait remarquer la rareté de lésions osseuses sans syphilis cutanée. Il n'accepte pas les nombreux cas de ce genre rapportés par Broca.

M. Gougerot a publié une belle observation (*Revue Française de Dermatologie et Vénéréologie*):

Gomme osseuse post-traumatique de la tête de l'humérus pendant un arrêt de traitement au cours d'une syphilis cérébrale (par Gougerot et Gilson).

Le trauma, le 1^{er} septembre 1924, sans provoquer d'épanchement a déclenché un gomme osseuse de la tête humérale et le 16 septembre 1924, on ne constate à l'inspection aucune modification de l'épaule, mais à la palpation on sent une infiltration profonde douloureuse. La radiographie est faite de face le 22 septembre 1924, et l'on constate : « Large foyer de fonte osseuse développée sur la grosse tubérosité, mesurant 2 centimètres de diamètres. Fragments osseux représentant des sequestres ou des arrachements : le plus volumineux est visible dans la cavité tubérositaire, deux autres plus petites apparaissent sur l'ombre anormale, au niveau du bord supérieur de la tête humérale. »

Rapidement, sous l'influence du traitement aussitôt repris, la douleur et l'infiltration disparaissent en environ un mois et une nouvelle radiographie faite le 19 mars 1925 montre la guérison osseuse. « La caverne osseuse est presque entièrement comblée. Sur le profil externe de la tête, on aperçoit encore les fragments osseux séquestrés ou arrachés précédemment signalés. »

De nombreux faits de périostoses, d'exostoses, pré-tibiales, notamment ont été cités. Fournier en rapporte des exemples, Gougerot, Milliar Rallier, plus récemment en ont publié des observations.

Fractures. --- Des fractures se produisent à l'occasion de traumatisme sur les os de certains syphilitiques. On ignore quelle est la fréquence de cette fragilité anormale, à quelle période de la syphilis elle se manifeste ou du moins quel temps il lui faut pour se constituer et à quel état du squelette elle correspond. Gangolphe dans son travail si complet sur l'ostéomyélite gommeuse des os longs, s'est demandé si toutes ces fractures ne s'étaient pas produites sur des os à lésions locales, c'est-à-dire, atteints au point fracturé d'une ostéite ou d'une gomme. Et cependant les fractures spontanées (ce mot pris dans le sens de fractures faciles, avec traumatisme sans violence suffisante) chez des syphilitiques, peuvent reconnaître des causes très différentes :

1^o Une lésion locale : ostéite simple, gommeuse, qui, raréfiant le tissu gommeux, diminue sa résistance, comme le font une ostéomyélite non spécifique, le rachitisme, le cancer.

2^o Une lésion générale, portant sur le squelette entier, et le modifiant assez peu pour que rien dans son aspect ne paraisse changé, assez cependant pour que sa qualité fondamentale, la résistance, soit considérablement amoindrie.

Des observations assez nombreuses pourraient être données de fractures spontanées chez les syphilitiques (Delpech, Venot, Gellé, Rimaud, Billroth, Debove).

Voici un cas récemment observé par R. Barthélémy. Il s'agit d'une fracture survenue à l'occasion d'un traumatisme authentique, sur un tibia rendu fragile par une ostéite syphilitique ancienne.

Un garde-barrières, de 52 ans, tombe sur le ballast le 29 octobre 1927, en allant prendre son service de nuit. Le médecin constate une fracture du tibia droit en biseau. Une radiographie est pratiquée le 31 octobre, soit deux jours après l'accident. Elle montre un beau renflement syphilitique fusiforme au dessus du foyer de fracture tibiale, et de l'ostéite péronière sans fracture appréciable. Le blessé est plâtré pendant quarante jours. Je contre-visite le 2 mars au bout de quatre mois, il a un raccourcissement de deux centimètre et demi, un œdème très important et de la raideur tibio-tarsienne. L'amélioration est extrêmement lente et occasionne d'autres contre-visites le 26 avril, puis le 21 juin 1928.

A cette dernière date, soit huit mois après l'accident, on trouve encore un gros œdème, dur et persistant et une raideur tibiotarsienne presque complète.

Nous allons examiner maintenant si les fractures observées chez les syphilitiques suivent une évolution normale, c'est-à-dire si elles guérissent dans les mêmes limites de temps que les mêmes fractures chez les individus sains.

La discussion entamée au siècle dernier continue aujourd'hui. La question fut embrouillée au début par les antimercurialistes, qui, après avoir mis les fractures spontanées des syphilitiques sur le compte du mercure, prétendirent ensuite que les pseudarthroses qui suivaient étaient causés par l'action dissolvante du même mercure.

Bell, en 1796, dit que la maladie vénérienne s'oppose particulièrement à la réunion des parties brisées.

Laigneu, en 1818, soutient qu'au contraire, la syphilis est sans action sur la formation du cal.

Pour Sanson, la syphilis peut avoir une influence fâcheuse sur la consolidation des fractures : « J'ai eu deux fois l'occasion d'observer l'influence évidente de cette dernière cause. Dans l'un des cas, c'était une fracture de jambe non consolidée après huit mois de

traitement ordinaire. Dans l'autre, c'était une fracture de l'humerus dont les fragments n'étaient réunis après 18 mois que par un cal mou et flexible. Dans ces deux cas, il existait des preuves non équivoques d'affection syphilitique concomitante, deux mois de traitement approprié suffirent pour assurer la consolidation. »

Pour résumer les idées actuelles sur la question, nous dirons que dans l'énorme majorité des cas, les fractures chez les syphilitiques guérissent dans les limites de temps normales, on ne croit guère à leur mauvaise consolidation. Des cas existent cependant, de pseudarthroses chez les syphilitiques, tel celui bien classique de Toussaint concernant un officier hérédosyphilitique qui à la suite d'une chute de cheval, se fit une fracture des deux os de la jambe. Malgré un traitement correct, une pseudarthrose se forma, qui fit place à un cal solide quand le traitement spécifique fut institué.

Nous citerons l'observation rapportée par Olivier Lenoir, à l'occasion d'un accident de travail.

X..., 51 ans, homme d'équipe, consulte le 5 novembre 1909. Il dit souffrir un peu du pied gauche depuis 15 jours, un chariot à bagages lui aurait à ce moment passé sur le pied. Cependant il n'y avait pas eu ecchymose et X... avait continué son service. A l'examen, gonflement du dos du pied et légère douleur à la pression vers l'extrémité supérieure du troisième métatarsien. La radiographie montre une fracture du troisième métatarsien à l'union du quart supérieur et des trois quarts inférieurs. On fait un petit plâtre, qui est laissé trois semaines. Au bout de ce temps, on constate sur le dos du pied une sorte d'abcès froid un peu plus bas que le niveau du trait de fracture. Une nouvelle radiographie fait voir qu'il n'y a pas de consolidation, et que les fragments sont atteints d'ostéite d'aspect tuberculeux. J'opère le 29 novembre, l'abcès froid est en réalité un gonflement assez diffus contenant en son centre un peu de liquide citrin en communication avec le foyer de fracture. Les extrémités des deux fragments métatarsiens sont friables et d'aspect microscopique nettement tuberculeux. Je les résèque. Réunion par première intention.

Vers le 12^e jour, alors que la réunion par première intention est complète, apparaît vers l'extrémité inférieure de la cicatrice une tuméfaction qui atteint bientôt le volume d'une noisette. Je pense à une lésion tuberculeuse et applique divers traitements qui ne produisent aucun résultat. Vers la fin de janvier, la tuméfaction prend l'aspect d'une gomme, elle s'ulcère en février. L'ulcération à bord calleux large comme une pièce de deux francs, n'a aucune tendance à guérir. J'apprends enfin, à cette époque du malade qu'il a eu jadis la syphilis. Je prescris le traitement spécifique, et en 20 jours, la guérison est complète. Depuis cette époque, rien d'anormal n'est survenu du côté du pied et la marche est parfaite.

Nous devons à la complaisance de M. R. Barthélémy une belle observation d'ostéite du cal à la suite d'une fracture du péroné.

H. Lucien, homme d'équipe aux Batignolles, 41 ans, pas d'antécédents intéressants. Le 28 novembre 1928, occupé au cabestan, a la jambe gauche violemment contusionnée. Le certificat d'origine marque contusion jambe et bras gauches.

Il est examiné le 15 février 1929 par le docteur Barthélémy, qui note une fracture du péroné gauche à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen. Le cal du volume d'une noix est sensible, hérissé d'épines. Les mouvements du pied sont gênés par suite du voisinage des muscles latéro-externes et du cal.

Une radiographie est effectuée le même jour par le docteur Barret. Le résultat est le suivant : Cal exubérant, irrégulier, trait de fracture encore visible, lacunes dans l'ombre du cal. On peut penser à un processus d'ostéite du cal.

SYPHILIS ARTICULAIRE

Les traumatismes articulaires semblent déterminer assez souvent des réactions syphilitiques. Aug. Broca en a donné une série d'observations, pour la plupart pendant la guerre. Il estime fréquentes ces affections qu'il dénomme syphilo-arthrites traumatiques.

Dans un de ces cas, il s'agit d'une pseudo-tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, dans la majorité des autres d'hydarthroses du genou. Le diagnostic de la nature syphilitique de ces lésions est, en l'absence de signes locaux, basé uniquement sur la positivité de la réaction du Bordet-Wassermann et le résultat du traitement d'épreuve. Ce résultat est du reste un peu long à se faire sentir. Aussi, Clément Simon considère-t-il ces cas comme discutables d'autant qu'il n'a pu trouver dans la littérature d'observations analogues.

Une arthrite syphilitique post-traumatique doit pour être appelée de ce nom réunir les caractères suivants :

1^o Wassermann positif.

2^o Guérison ou amélioration rapide par le traitement spécifique.

3^o Commémoratif certain du traumatisme.

4^o Evolution clinique d'une hydarthrose chronique indolente permettant des mouvements étendus, d'une évolution torpide, s'accompagnant d'atrophie musculaire modérée.

Voici l'observation rapportée par MM. Gougerot, Küss et Paul Thiroloix.

Cet homme de 21 ans, sans syphilis connue, a un trauma du genou en 1920, peu à peu se développe une ostéoarthrite avec hydarthrose, il est opéré, il aurait eu un « grattage de l'os », il n'a pas guéri de ses douleurs et vers novembre 1925 se développe autour de la cicatrice un large placard de syphilides tertiaires ulcéro-crustacées et ulcéreuses. La syphilis étant méconnue, les lésions pullulent, il nous consulte le 21 février 1928 le diagnostic clinique de syphilis s'impose, le Bordet-Wassermann est positif : H2H2. Il guérit rapidement par le 914. Il y a lieu de souligner dans ce nouveau cas de syphilis post-traumatique l'envahissement régional de la peau par la profondeur en partant de la lésion ostéoarticulaire.

L'observation suivante rapportée par Eliet est également caractéristique :

Le 6 juillet 1909, l'ouvrier A..., en soulevant et basculant un banneau, fit un effort et ressentit une violente douleur à l'épaule gauche. Le docteur H..., appelé le lendemain, constata « une légère entorse de l'épaule gauche » et évalua l'incapacité temporaire de travail à 12 jours.

Au 23 juillet, hydarthrose de l'articulation de ladite épaule. La ponction ramène 300 gr. de liquide clair.

Mais l'hydarthrose se reproduit.

Au 29 août 1909, un autre médecin constate : « Hydarthrose volumineuse, mouvements actifs très gênés. Rudesse des craquements ». Il est frappé par la similitude symptomatique avec les arthropathies tabétiques.

Au 25 septembre 1909 : diminution de l'épanchement, crépitation, craquements persistants. L'épaule ressemble à une articulation envahie par une tumeur blanche.

Au 26 octobre : l'épaule est empâtée, mais ne donne plus l'impression d'être envahie par des fongosités. Les mouvements sont gênés.

Au 12 février 1910, l'articulation est toujours déformée. Craquements. Pas de douleurs. Impotence fonctionnelle complète. On pense encore à une arthropathie tabétique. Pas de signes de tabès.

Mais un syphiligraphe, examinant le malade sur la prière des précédents experts, découvre sur l'épaule des cicatrices rondes, grandes comme des pièces de 2 à 5 francs et qui ressemblent à des cicatrices d'accidents tertiaires.

En outre, leucoplasie face interne joue gauche.

Enfin, la femme d'A... a eu 15 grossesses, dont 7 fausses

couches. Trois enfants seulement sont encore vivants. « Il n'y a que la syphilis pour faire de pareilles hécatombes ».

En conclusion, les experts écrivent :

Il y a eu une arthrite consécutive à un accident. Quelle est la nature de cette arthrite? Ce n'est pas une arthrite traumatique, car le trauma était minime. De plus l'articulation est disloquée mais non enkylosée, etc..., etc.

Ce n'est pas une arthrite tuberculeuse, à cause de l'évolution, des signes, de l'absence de trace de tuberculose.

Ce n'est pas une arthrite tabétique, ni une arthrite blennorrhagique (pas de traces de blennorrhagie).

C'est une arthrite syphilitique, ainsi s'expliquent l'indolence, le peu d'atrophie, l'insidiosité de l'affection, le bon état général, l'amélioration obtenue par le traitement.

G. et R. Sorel ont étudié, dans les annales de médecine légale (novembre 1926), les rapports entre le traumatisme et l'apparition d'arthrites syphilitiques. Ces auteurs concluent nettement en faveur de l'existence de localisations articulaires de la syphilis à l'occasion d'un traumatisme. Ils apportent à l'appui de leurs affirmations deux observations personnelles et en signalent deux autres publiées par Morel Bouhousse et Coutela, nous donnons plus loin dans un chapitre consacré à la syphilis héréditaire, cette dernière qui nous semble la plus caractéristique.

La réalité de telles lésions articulaires, grâce à ces faits paraît donc établie. On peut cependant objecter que ce sont de toutes les manifestations syphilitiques, celles qui sont les plus rarement observées, quoique les articulations soient exposées à des traumatismes fréquents.

On peut répondre à cet argument. Il est remarquable que dans la majorité des cas publiés les phénomènes articulaires se présentent sous forme d'hydarthrose, or il existe en pathologie toute une catégorie d'hydarthroses qu'on a trop souvent tendance à

qualifier de traumatiques sans chercher plus loin leur nature réelle et cela d'autant plus facilement qu'il n'existe pas le plus souvent de signes locaux permettant de songer à l'infection spécifique.

Avant de terminer cet exposé, signalons que l'apparition d'arthropathies tabétiques est parfois observée après des traumatismes, elles apparaissent de plus fréquemment de façon spontanée et nous ne croyons pas devoir, d'une manière générale les ranger dans le cadre de notre étude.

Cependant, nous notons un article récent de Moulonguet dans la *Presse médicale* du 13 avril 1929 sur « la pulvérisation des extrémités articulaires ». Cet auteur a découvert, dans certains cas d'arthropathies tabétiques les synoviales articulaires bourrées de débris osseux sequestrés. Il donne de cette particularité la pathogénie suivante : l'arthropathie tabétique dépendrait de l'anesthésie ostéoarticulaire et de l'incoordination motrice. Le tabétique privé de la notion de position et de poids, maladroit du fait de la perte du sens musculaire abîme ses articulations, il n'est pas renseigné comme le sujet normal à l'occasion d'un faux mouvement par la sensation douloureuse, le déséquilibre articulaire va jusqu'à l'entorse avec arrachement osseux ; le début des accidents peut être marqué par un véritable traumatisme.

L'arthropathie tabétique serait donc une arthrite déformante d'origine mécanique qui se développe sur un appareil ostéoarticulaire anesthésié.

M. Patel présenta à la Société de chirurgie de Lyon (4 mars 1926), une observation d'ostéo-arthropathie tabétique du cou-de-pied consécutive à une fracture bimalléolaire. Il s'agissait d'un homme de 51 ans qui n'était avant l'accident porteur d'aucune affection articulaire et ne semblait avoir présenté, jusque-là,

aucun signe de tabès ; c'est l'œdème du cou-de-pied qui attira l'attention. Cet œdème apparut deux mois après le traumatisme, ne cessa d'augmenter, sans entraîner malgré cela une gêne considérable de la marche. A la radiographie, on voit des hyperostoses irrégulières et volumineuses autour de la partie inférieure du tibia et du péroné. Le malade présente les signes complets d'un tabès confirmé.

« Il semble qu'il y ait dans ce cas, au point de vue médico-légal, une relation de cause à effet entre le traumatisme et l'apparition de l'arthropathie tabétique qui lui a succédé directement sans qu'on puisse invoquer l'hypothèse de fracture spontanée, du fait même de la violence du traumatisme. »

TRAUMATISMES PHYSIOLOGIQUES

Il est une catégorie de traumatismes physiologiques qui mériterait peut-être de rentrer dans le cadre de notre sujet : nous voulons parler de ceux qui surviennent à l'occasion de la marche.

MM. Favre, Thiers et Lagèze, dans une étude sur « une variété de déformation hypertrophique du bord antéro-interne des pieds » rapportent trois observations de lésions complexes inflammatoires localisées à la colonne du premier métatarsien et de orteils correspondants, se traduisant par une déformation hypertrophique du bord antéro-interne du pied.

Les lésions d'ostéo-périostite hypertrophiante s'accompagnent d'altérations des articulations voisines et des parties molles.

D'évolution torpide en deux des cas, l'inflammation s'est traduite dans la troisième par des réactions d'une telle acuité qu'une incision exploratrice fut pratiquée, qui ne montra d'ailleurs d'autre lésion qu'un épaississement périostique considérable.

L'examen radiographique a révélé des altérations identiques frappant avec élection le premier métatarsien et le gros orteil. Ce sont des lésions d'ostéo-périostite qui aboutissent à la condensation des os dont la trabéculatation normale n'est plus visible, qui sont opaques, engainés de néo-productions ostéo-périostiques.

Dans les trois observations, l'étiologie syphilitique de ces altérations complexes est certaine. Aux réac-

tions sérologiques positives s'ajoutent du côté du système nerveux, des signes manifestes d'une atteinte spécifique.

Les auteurs expliquent par le traumatisme physiologique de la marche, la localisation élective de l'inflammation syphilitique au bord antéro-interne du pied. Et cette variété de déformation inflammatoire, dont ils signalent les rapports étroits avec la syphilis leur paraît un exemple à ranger parmi les lésions syphilo-traumatiques.

Néanmoins, les objections sont faciles à opposer. On conçoit aisément en ce qui concerne ces traumatismes internes et physiologiques la trop grande part laissée à l'interprétation et la difficulté d'établir de façon précise le rôle de l'agent traumatique dans la genèse de ces manifestations.

SYPHILIS HEREDITAIRE

Dans la syphilis héréditaire, le traumatisme éveille quelquefois des lésions intéressantes. Il n'y a du reste, rien d'étonnant, étant donné les rapports étroits qui existent entre la syphilis tertiaire et l'hérédo-syphilis. à ce que cette dernière provoque des accidents analogues à ceux que nous avons étudiés dans les pages précédentes.

Nous citerons l'observation rapportée par L.-S. Sirota et S.-O. Khiguère (*Roussky Vestnik Dermatologii*, tome VI, n° 7, septembre 1928).

Il s'agit d'une périostite et d'une arthrite de l'épaule de nature spécifique, éveillées par un traumatisme.

Une jeune femme ukrainienne, âgée de 19 ans, se plaint de douleurs articulaires au membre supérieur droit, de « tumeurs » sternales et à l'épaule droite, de mictions fréquentes et douloureuses. Mariée depuis trois mois, le mari est tout à fait sain. La maladie aurait débuté il y a une année après une chute de bicyclette avec traumatisme. La malade s'est traitée inutilement par toutes sortes de moyens. On constate chez elle une périostite et une arthrite de l'épaule droite, des exostoses des côtes, une cystite. Bordet-Wassermann très positif. Guérison par traitement spécifique mixte et accouchement d'un enfant sain. Chez la mère de la malade on relève des fausses couches et des mort-nés, son Bordet-Wassermann est très positif. Le traumatisme a donc réveillé une hérédo-syphilis latente, car la malade n'avait aucune maladie antérieure.

L'observation qui suit, rapportée par M. Coutela (XI^e Congrès de Médecine légale, 29 mai 1926) est caractéristique, il s'agit d'une arthrite syphilitique traumatique.

Une jeune fille d'une douzaine d'années tombe dans les allées d'un jardin public, plaie superficielle de la région pré-rotulienne. Donc traumatisme indubitable. Cette plaie se complique d'hydarthrose du genou.

Les téguments se cicatrisent rapidement, mais l'hydarthrose persiste. On pense à la tuberculose et on immobilise dans un appareil plâtré. Trois mois après, je suis appelé pour des troubles oculaires, je constate une kératite interstitielle typique et je parle d'hérédo-syphilis. On pratique un examen de sang : résultat positif. On institue un traitement énergique et tout rentre dans l'ordre.

Les fractures spontanées et les pseudarthroses existent aussi chez les hérédo-syphilitiques.

Audrain (*La Syphilis osseuse* 1912, page 107) nous donne l'observation d'un enfant de 12 ans, qui se plaignit, pendant une semaine, de douleurs à la cuisse droite dans la station et la marche. Le fémur était augmenté de volume à son tiers moyen, sans fièvre ni réaction générale. En se retournant dans son lit, le petit malade se fit une fracture spontanée, dont la guérison rapide fut obtenue par le mercure. Il n'existait aucun signe, ni personnel ni familial de syphilis.

Nous avons donné plus haut l'observation de Toussein concernant un officier hérédo-syphilitique qui, à la suite d'une chute de cheval, se fait une fracture des deux os de la jambe, celle-ci évolue vers une pseudarthrose qui fait place à un cal solide quand le traitement est institué. Le résultat est un peu surprenant, car, comme le fait remarquer Cl. Simon, une pseudarthrose une fois instituée, il paraît difficile à un traitement purement médical de la consolider.

MANIFESTATION DE SYPHILIS POST-TRAUMATIQUE A DISTANCE

Il faut être évidemment très réservé sur l'affirmation de ces manifestations. Il est souvent difficile de se rendre compte après coup, si le traumatisme a été ou non circonscrit et s'il n'y a pas eu choc en retour ou commotion à distance. Les observations de ces faits ne sont pas très rigoureuses.

Citons celle de M. R. Barthélémy précédemment donnée où il s'agissait d'une ostéite du cubitus. Une visite postérieure de plusieurs mois à l'accident montra un enraidissement de l'épaule alors que le traumatisme n'avait été primitivement constaté qu'au poignet.

N'est-ce pas à la commotion à distance dont il est si fréquent de relever des traces au niveau de l'articulation de l'épaule après une chute sur l'avant-bras qu'il faudrait attribuer cet enraidissement tardif ?

Nous ferons au sujet de l'observation de Petit, les réserves plus grandes encore : antécédents syphilitiques nécessitant l'ablation d'un testicule. Apparition d'une gomme du tibia pendant la cicatrisation.

Le hasard a pu jouer dans ce cas le rôle que Petit attribue au traumatisme chirurgical.

Sirota et S.-O. Khiguère rapportent l'observation suivante que nous résumons :

Un juif marié, âgé de 59 ans, présente une perforation du palais dur et de la cloison nasale. A l'âge de 22 ans, il avait eu des ulcérations et une éruption qui se sont reproduites, il y a 4 ans. Il y a 8 ans, kératite parenchymateuse droite. Le

malade s'est traité avec l' « iode ». Les accidents de perforation sont survenus après des coups reçus au cours d'un « pogrome » en 1919. Dans la famille du malade, on ne note pas de manifestations spécifiques. Le malade présente aussi des cicatrices et des exostoses disséminées. Ici la relation entre le traumatisme et la syphilis n'est pas directe, mais les réactions se sont produites par réflexe à un endroit éloigné de celui qui fut traumatisé, c'est du moins ce que les auteurs admettent.

La syphilis peut se localiser à distance dans le temps, en un point qui avait été autrefois le siège d'une lésion traumatique sans traumatisme nouveau.

C'est le cas de gonnes osseuses apparaissant en un point fracturé. Le traitement hâte la consolidation de la fracture. (Milian, Gougerot et Clara, et Thibierge).

II. — TRAUMATISME ANTÉRIEUR A L'INFECTION SYPHILITIQUE

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que les cas où le traumatisme postérieur à la date de la contamination syphilitique provoquait localement en son point d'application l'apparition d'une lésion spécifique.

Des cas existent de manifestations syphilitiques apparaissant au cours de l'évolution d'une syphilis au niveau du point d'application d'un traumatisme ayant atteint le sujet avant sa contamination.

Petit rapporte dans sa thèse l'observation suivante :

Abcès sous-périostique dans l'enfance, syphilis 20 ans plus tard. Gomme de la région malade autrefois. Un jeune homme de 27 ans, qui, à l'âge de 7 ans avait eu un abcès sous-périostique du tibia était complètement guéri lorsqu'il contracta la syphilis. La maladie, malgré les soins que lui prodigua M. Fournier, devint par la suite très grave, et bientôt le jeune homme présenta, à la partie supérieure du tibia une douleur atroce avec gonflement. C'était une gomme qui suppura. La syphilis avait choisi pour se fixer le point faible, le *locus minoris resistencie*.

Dans un cas de Benicy, il s'agit « d'un homme blessé en août 1870 par une balle ayant déterminé une fracture du cubitus, qui contracta la syphilis en octobre 1871 et fut pris en 1875 d'une périostite gommeuse de l'avant-bras qui récidiva et détermina une large ulcération ».

Une observation de Pasini concerne « un malade qui présentait en 1920, une gomme ulcérée de la jambe gauche ayant comme point d'origine un cal osseux tibio-péronier consécutif à une plaie comminutive par éclat de grenade du tibia et du péroné. Le trauma était de 1916, la syphilis de 1920.

Picard, dans sa thèse (Nancy 1904) donne une observation personnelle qui a trait à une ostéomyélite absolument typique du tibia, apparue 6 mois après un chancre absolument au niveau d'un traumatisme important datant d'un an.

Dron a publié une observation dont voici le résumé :

Il s'agissait d'un jeune homme de 26 ans, dont le radius avait été fracturé par une balle en 1870, en 1874, il vint se faire traiter pour une syphilis récente. Peu après, sans traumatisme nouveau sans causes extérieures appréciables, le cal devint douloureux, se tuméfia et se ramollit, si bien que le malade ne pouvait soutenir son avant-bras. Sous l'influence du traitement spécifique, la soudure osseuse reprit sa consistance normale au bout d'un mois.

DIAGNOSTIC

Etant donnée la coexistence fréquente de lésions tégumentaires et de lésions osseuses, nous ne pouvons éviter de parler du diagnostic différentiel des syphilitides cutanées avec :

La tuberculose cutanée dont le diagnostic est basé sur certains caractères classiques et le résultat de l'inoculation au cobaye,

les mycoses aux lésions plus disparates,
les suppurations chroniques syphiloïdes,
les cancers cutanés.

L'importance de la radiographie dans le diagnostic des lésions osseuses ou articulaires est considérable. Il existe nombre de cas classés parmi les syphilis traumatiques tégumentaires, survenus à la suite de violence intéressant les plans superficiels et profonds, où la radiographie eût révélé bien souvent une lésion osseuse inappréciable cliniquement.

A la radiographie, la gomme se présente comme une tache claire centrale correspondant à la raréfaction et un cadre sombre d'ostéite condensante autour.

L'image de périostite montre une sorte de soufflure de l'os avec un centre clair et un fin liseré d'une ou plusieurs bandes parallèles qui n'est autre que la coque périostique unique ou feuilletée.

Le diagnostic radiologique avec les sarcomes et les tuberculoses osseuses est souvent difficile. Le sarcome donne en général une image volumineuse, peu opaque, avec la réticulation pâle des trabécules néoformées, parfois avec des taches floconneuses ou un aspect plus

caractéristique en pinceaux ou en mèches enchevêtrées.

La tuberculose ne montre que l'ombre d'une ombre osseuse, en raison de sa décalcification. La syphilis marque d'ordinaire, beaucoup plus que ces deux affections, son empreinte en foncé sur le radiogramme.

L'examen par les caractères cliniques différentiels devra être accompagné comme de coutume lorsqu'on suspecte la syphilis :

d'un interrogatoire sur les antécédents du malade,
d'un examen de laboratoire,
de l'épreuve du traitement.

Les recherches de laboratoire peuvent être une cause d'erreur. Positives, elles font attribuer bien souvent à la spécificité des lésions purement traumatiques. Négatives, elles n'ont aucune valeur en présence de caractères cliniques certains.

La valeur diagnostique du traitement est plus considérable. Encore faut-il que ce traitement soit effectué d'une manière énergique. Insuffisant, il peut faire abandonner à tort l'idée de syphilis, ou même réactiver et accroître les lésions. Cette réactivation, quand elle se produit, doit être soigneusement distinguée du prétendu coup de fouet que donnerait le traitement spécifique à certains sarcomes.

Le diagnostic de syphilis posé en face de lésions osseuses et articulaires, il est nécessaire, avant d'admettre l'origine traumatique de ces lésions, d'étudier soigneusement le traumatisme.

Des précisions doivent être recherchées sur sa nature, son intensité, son point d'application. On devra se défier des dires du blessé, surtout s'il s'agit d'un accident du travail.

Il faut enfin que la lésion syphilitique soit en rapport avec l'intensité du trauma. Il est difficile d'admettre

qu'une éraflure, une contusion légère soient responsables du développement d'une gomme ou d'une exostose.

Il n'en est pas moins vrai que la nature syphilitique des accidents que nous avons étudiés est, en général, difficile à reconnaître. Ce n'est souvent que devant l'échec des thérapeutiques habituelles, que l'on cherche si un autre facteur ne viendrait pas modifier les conditions de guérison.

PATHOGENIE

Ce chapitre d'une portée très générale, concerne la pathogénie de toutes les manifestations syphilitiques post-traumatiques aussi bien osseuses que tégumentaires. Il sera bref.

Nous nous contenterons de résumer les principales des nombreuses théories qui ont été données.

Verneuil avait invoqué la vieille loi du « *Locus Minoris Resistentiae* » créé par le traumatisme. Les tissus endommagés, amoindris en leur résistance par des modifications circulatoires deviendraient une proie plus facile pour l'infection.

1. Un certain nombre d'auteurs n'ont fait que rajeunir cette ancienne loi de pathologie générale. Entre autres, Pasini, qui explique les manifestations syphilitiques post-traumatiques par une diminution locale de l'immunité des tissus néoformés.

2. La théorie de Cl.Simon, basée sur l'observation que nous avons donnée plus haut, admet qu'il existe des foyers latents de tréponèmes et que le traumatisme les disperse ensemençant ainsi les tissus environnants. Ces foyers sont le plus souvent osseux, la moelle des os étant l'habitat le plus fréquent du tréponème pendant les périodes latentes de la syphilis.

Dans le cas de syphilis traumatique sans lésion osseuse, Cl. Simon pense que le traumatisme a porté sur des points où vivaient des tréponèmes d'une vie ralentie.

Cette théorie peut expliquer quelques cas. Elle est en tous cas inapplicable dans ceux où des accidents

spécifiques sont apparus sur des tissus traumatisés avant l'infection.

3. La théorie de Milian, beaucoup plus simple, est que la syphilis, comme beaucoup d'autres infections (tuberculose, lèpre) essaime de temps en temps des parasites dans la circulation générale par de véritables poussées septicémiques. L'arrêt de tréponèmes au point traumatisé serait dû au ralentissement de la circulation capillaire.

Cette explication qui met surtout en relief l'importance des facteurs mécaniques s'applique assez bien à la plupart des cas.

SYPHILIS TRAUMATIQUE ET ACCIDENTS DE TRAVAIL

La loi sur les accidents de travail a obligé les médecins à préciser très exactement les rapports des traumatismes et des lésions syphilitiques qu'ils déterminent.

La matière à discussion ne manque pas, et d'un cas à l'autre, les interprétations diffèrent tellement qu'il est impossible d'établir une règle générale, applicable à toutes les éventualités.

La loi de 1898, donne de l'accident une définition se rapprochant de la suivante : atteinte au corps humain provenant de l'action soudaine, violente, anormale d'une cause extérieure ou d'un effort exagéré au cours du travail. Il s'est trouvé des espèces ne rentrant pas dans ce cadre : les petits traumatismes professionnels ne sont point des accidents du travail et l'ouvrier reste sans recours si ces traumatismes provoquent l'apparition d'une lésion syphilitique.

A propos de réveils de syphilis ou de complications syphilitiques des accidents, Forgue et Jeanbrau disent « que la gomme ou l'exostose syphilitiques apparues quelques temps après une contusion si légère que l'ouvrier n'a pas interrompu son travail immédiatement après, ne doivent pas être indemnisées. Il en est tout autrement lorsqu'il s'agit d'une fracture pathologique. Ici l'incapacité survient brusquement sous l'influence indirecte mais immédiate de l'accident. Mais le demi salaire et les frais médicaux sont seuls dûs aux blessés.

S'il en résulte une infirmité ou une pseudarthrose vicieuse, l'assurance ne doit pas être responsable. Les conséquences de la syphilis ne doivent pas être payées par l'industrie. »

Pratiquement il est des cas où l'expert est amené à envisager la possibilité de l'origine traumatique de certaines lésions syphilitiques. Dans ces cas comme dans beaucoup d'autres où l'influence du traumatisme ne paraît pas prouvée, les circonstances peuvent l'obliger à proposer l'attribution d'une rente.

D'une manière générale, l'origine traumatique d'une syphilis osseuse ou articulaire devra être admise aux conditions suivantes :

1^o Existence démontrée du traumatisme. Nous avons vu au chapitre du diagnostic sur quelles preuves on pouvait admettre l'origine traumatique d'une lésion syphilitique. Le certificat initial a une grande importance. Trop souvent défectueux, il constitue cependant pour l'expert un élément essentiel d'appréciation. Il doit être détaillé et donner des précisions sur la date de l'accident, la nature et le point d'application de l'agent vulnérant, l'aspect de la blessure.

2^o Diagnostic certain de la blessure syphilitique de la lésion.

Ceci est la question médicale. Elle a été traitée au chapitre du diagnostic.

3^o Apparition de la lésion spécifique au point d'application du traumatisme et au bout d'une lésion syphilitique de même importance.

Enfin, dans le cas de syphilis postérieure à l'accident, l'opinion de Sand rapportée par Thibierge est que la responsabilité de l'accident doit jouer lorsque

les manifestations syphilitiques se localisent d'une façon prépondérante à la région traumatisée et apparaissent dans un délai de 6 mois à dater de l'apparition du chancre.

Pour Eliet, il paraît bien arbitraire de fixer une date limite à partir de laquelle le traumatisme ne sera plus en cause.

Nous nous rangeons volontiers à l'opinion de Lenoir et de R. Barthélémy pour qui, dans le cas « de blessures anciennes suivies de syphilis, aucune indemnité n'est raisonnablement due. Car le manque de soins est prévu par la loi et c'en est un que de contracter la syphilis. Il n'y pas alors de révision juridique.

L'état antérieur, ce terme désignant un état morbide antérieur au traumatisme, est un point sur lequel médecins et juristes ont une opinion toute différente. Les premiers en tiennent compte le plus souvent. Les juristes l'écartent au contraire et considèrent par exemple qu'une fracture par un traumatisme insignifiant survenue au cours du travail sur un os décalcifié est un accident de travail. Ils ne tiennent compte que de l'aptitude au salaire avant et de l'aptitude au salaire après.

La loi oblige à payer à l'ouvrier atteint d'une manifestation de syphilis traumatique, outre les soins la moitié du salaire jusqu'à consolidation de la blessure et ensuite les autres indemnités s'il y a lieu. L'ouvrier doit évidemment se soumettre au traitement institué. Une surveillance attentive est nécessaire, la simulation étant monnaie courante en médecine d'accidents de travail.

Les délais légaux de révision d'indemnité sont de 3 ans, à partir de la consolidation ou d'une date

fixée par le jugement. En 3 ans, une syphilis acquise, récente, une poussée d'une syphilis ancienne peuvent avoir aggravé les conséquences d'un ancien traumatisme et voilà de nouvelles complications qui se soldent en général par des frais supplémentaires pour l'employeur, même s'il n'est pas condamné.

CONCLUSIONS

1^o Les accidents de syphilis osseuse et articulaire existent, quoique rares. Ils sont du caractère du stade auquel est parvenue l'infection dans la grande majorité des cas.

2^o La syphilis traumatique des os et des articulations s'observe parfois à la période secondaire, le plus souvent à la période tertiaire. Les traumatismes les plus variés, peuvent lui donner naissance : accidentels, petits traumatismes répétés, traumatismes physiologiques, opérations.

3^o Au point de vue thérapeutique, le traitement curatif des lésions spécifiques doit être particulièrement actif. Insuffisant, il peut comme nous l'avons vu, ne pas modifier ou réactiver les lésions et faire abandonner le traitement.

A titre préventif, il est prudent de faire précéder une intervention importante chez un malade atteint d'une syphilis en activité d'un traitement approprié.

4^o L'origine traumatique d'une syphilis doit être admise, aux conditions suivantes :

- a) Existence démontrée du trauma.
- b) Diagnostic certain de la nature de la lésion.
- c) Apparition de celle-ci au siège du traumatisme et au bout d'un temps compatible avec l'évolution d'une lésion syphilitique de même importance.

5^o Au point de vue légal, impossibilité de fixer une règle générale, les interprétations variant d'un cas à l'autre et pour la même cas du médecin à l'homme de loi.

Les juristes faisant abstraction de l'état antérieur du blessé, tout se passe le plus souvent comme si la lésion spécifique était causée par l'accident.

VU : *Le Doyen,*
H. ROGER.

VU : *Le Président de Thèse,*
GOUGERON.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Le Recteur de l'Académie de Paris,
L. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- AOKI. — *Dermatologisch zeitschrift*, t. 19, p. 813, 1922.
- ALBERTIN. — *Syphilis et accidents du travail*. Ann. de Méd. Lég., Paris, 1879
- BENICY. — *Syphilis et traumatisme*, 4^o, Paris, 1879.
- BROCA (A). — *Origine traumatique de la syphilis articulaire*. Presse Médicale, 1921, 2 novembre.
- BARBAGLIA. — *Sur un cas de syphilis gommeuse cutanée*. Archivo Dermatologia, etc., déc. 1925.
- BERNHEIM et GLÜCK. — *Syphilis et tatouage*. Dermatologischen. Central Blatt, 1922, n^o 6, p. 162.
- BUCQUICCHIO. — *Su al cuni casi di gemnis sifilitiche in sedi di insigioni*. Giorn. Ital. del mal. vener. et Pelle, 1923, fasc. II.
- CONVERSET. — *Syphilis et tatouage*, 4^o, Lyon, 1888.
- CHALEIX. — *Réveil diathèse syphilitique par un traumat.* Ann. de méd. Bord. 1885, XV-VI, 571-573.
- CHAPUT. — Journal méd. et chir. pat., 10 juillet 1916
- CHARPY. — *De la fragilité des os chez les syphilitiques*. Ann. Derm. et syphii, 1885, 25, VI, 269-272.
- COMBENALE et FEDON. — *Traumatisme réveillante une syphilis ignorée*. Union méd., Paris, 1887.
- CONVERSET. — *Syphilis et Tatouage*, 4^e, Dysn, 1888.
- CAHEN. — *Syphilis und Unfall*. Aerzt. Sachsverst Ztg, Berlin, 1902.
- CIPOLLA. — *Ostéopériostite région nasale provoquée par un traumatisme*. Reforma medica, 26^e année, n^o I.
- COUTELA. — *Arthrite syphilitique par traumatisme*, XI^e Congrès Méd. Légale, Paris, 1926.
- DELFORGE. — *Des rapports de la syphilis avec le traumatisme*, Bruxelles, Arch. Médicales belges, 1896, 4 s. 361-368.
- DREYER. — *Syphilis und trauma*. Monatschrift für unfallheil, Leipzig, 1899, R. 361-367.
- DOHI. — *Tatouage et syphilis* (Tokio). Arch. f. Dermatologie, vol. 150, fasc. I, 1926.
- FOURNIER (Alfred). — *Traité de la syphilis*, tome II, fasc. I.

- GOUBEAU. — *Traumatisme et syphilis*. Soc. de Méd. de Paris, oct. 1917.
- GRESS. — *Une amputation chez une syphilitique*, Rev. Méd. Est, Nancy, 1879, 554-558
- GUILLEMIN (S.). — *Observations de lésions traumatiques modifiées par une syphilis*. Gaz. hebdomadaire de médecine, Paris, 1863, page 472.
- GOUGEROT et CLARA. — Journal Méd. Franç., VII, décembre 1918.
- GOUGEROT. — *Contribution à l'étude des s. post. traumat.* Ann. des mal. vénér., XVIII, 1923.
- *Gomme osseuse post-traumatique*. Revue française de Dermat. et vénér., mai 1926.
- GOUGEROT et FILLIOL : Bull. soc. derm., 1928.
- GOUGEROT, RUSS et Paul THIROLLOIS. Bull. soc. derm., décembre 1928.
- GOUGEROT. — *Syphilis post-traumatique*. Bull. de la Soc. Fr. de dermat. et syphilis, 8 nov. 1928, p. 809.
- GAUDIER et MINET. — *Blessures de guerre et syphilis*. Médecine française, XVII, 1924, p. 117.
- GASTON et FUCHS. — *S. méconnue face apparence lupoïde*. B. Soc. Derm. et syph., 1924, p. 490.
- GARRIDO LESTACHÉ. — *Traumatisme et syphilis de l'enfance*. Pediatra espanola, février 1921.
- HALBRON-et BARTHÉLEMY. — *Traumatisme point d'appel et localisation des syphilides*. Ann. des mal. vénér., XVIII, 1923.
- HALLOPEAU. — *Syphilis régionales*. Bull. Soc. Derm., 1894.
- HAAN (P.). — *Syphilis et irritation de cause externe traumatique* J. de méd. cut. et syphi., Paris, 1897, IX, 535-541.
- Mme JULY. — Thèse Paris 1925 : *Syphilis traumatique, témoignages et es*.
- JULIVSBERG (F.). — *Gommes aux points d'injection des préparations mercurielles*. Munchener Mediz. Wochenschrift, 1903, p. 645.
- JEANNET (P.). — *Opérations chirurgicales chez les syphilitiques*, 4^e, Paris, 1885.
- KAHN. — *P. G. et guerre*. Journ. Méd. et Chir. prat., mars 1915.
- KLAUDER. — *Syphilis and trauma*. Journ. of amer. Med. Assoc., 1922, p. 1025.
- LACAPÈRE et LAURENT. — *Influence des traumatismes sur les localisations de la syphilis*. Paris-Médical, 1918.

- LAFFORGUE. — *Hémorragie traumatique et syphilis*. Rev. méd. Afrique Nord, Alger, 1900, p. 871-889.
- LEUZMANN. — *Traum. und. syphilis*. Fertsch. de Med., 1921, n° 10-11.
- LÉVY et GÉLY. — Bull. Soc. Mé. d. Hôp., Paris, 8 juin 1917
- MILIAN. — *Syphilis et accidents du travail*. Progrès médical, 3 octobre 1908.
- Bull. Soc. fr. Dermat. et syph., 13 mars 1926.
- MILIAN et SOTTE. — Bull. Soc. fr. Dermat., mars 1926.
- MILIAN et PÉRIN. — Bull. Soc. fr. Dermat., avril 1926.
- MILIAN. — *Réactivation Wassermann et les infections*. Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôpit. Paris, 21, mai 1926.
- MALÉCOT. — *Accidents syphilis en d'anciens foyers traumatiques*. Ann. Derm. et syph., Paris, 1882, 228-231.
- MIBELLI. — *Di un caso gomme dose erano state praticate migioni di calomelano*. 1° Reunione Soc. Ital. Dermat. et sifil, 1908.
- MAIRET. — *Syphilis ignorée, révélée par traumatisme*. Montpellier Méd., 1888, 25.
- MEYER. — *Syphilis und trauma*. Aerztl. Schvera Itg. Berl., 1905, XI.
- MAY, (José). — *Syphilis ignorées révélées par petits traumatismes professionnels*. An. Fac. méd. de Montevideo, janvier 1923.
- OZENNE. — *Note pour histoire syphilides traumatiques*. Union méd. Paris, 1883, 38, 469.
- ETTINGER. — *Ostéopathie type Paget consécutive à traumatisme, chez une syphilitique*. Bull. Soc. Méd. légale, France, 1921, p. 99, 105.
- PASINI. — *Sifilide e trauma*. Giorn. Ital. malvener et della Pelle, 1921, fasc. 2.
- *Sulla permanenza spirochet pallide in una macula atropico*. 18 riunione S. F. F. di D. et S., 1906.
- PAGE. — *The relation of syphilis to trauma*. South H. J. Birmingham, 1925, 206-209.
- PETIT (L.-H.). — *De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme*, 4^e, Paris, 1875.
- PRÉVOST. — *Fractures spontanées des os longs chez les syphilitiques*. 4^e, Lille, 1886.
- PICQUÉ. — *Syphilis et traumatisme*. Gaz. Médicale Paris, 1884, p. 375.
- RAILLIET. — *Influence petits traumatismes professionnels sur les localisations de la syphilis*. Bull. Soc. Méd. des Hôp., XLIII, 1919.

- ROCA. — *La sífilis y el traumatismo*. An. Sam. med. Buenos Ayres, 1905, p. 151-155.
- RÖDERER et WORINGER. — *Gomme syphilitique incisée*, etc. Réunion dermat. Strasbourg, 8 juillet 1928.
- SIMON (Cl.). — *Ostéo-périostite syphilitique. Traumatisme probable*, etc... Bull. Soc. Française Dermat. et syphil., 10 juin 1921.
- *Note sur la syphilis traumatique*. Bulletin Médical, juin 1921.
- *Questions actuelles de syphiligraphie*, vol. 1926.
- SIROTA et KHIGHÈRE. — Roussky Vestr. Dermat., sept. 1928, p. 677-84. (Analyse par Bermann, in Ann. de Dermat., Paris, janvier 1929, p. 122).
- SPILLMANN, DROUET et DIOT. — Bull. Soc. Fr. dermat. et syph., 1923, n° 3.
- STOLPER. — *Syphilis et Unfall*. Momats chift. J. Unfallhei R. Leipz., 1905. 297-305.
- *Dertch syphilitsch. f. chir.* Leipz., 1902, 117-198.
- THIBIERGE (C.). — *Traumatismes et syphilides cutanées*. Gazette des hôpitaux, n° 5, janvier 1925.
- TARNOWSKY. — *Viesteljahrschrift. h. Dermato.* 1877.
- VERNEUIL. — *Plaies chez les syphilitiques*. Journal Méd. et Chir. prat., Paris, 1877.
- *Nouvelles observations des syphilides traumatiques*. Union Méd. Paris, 1887, 397-409.
- VIGNOLO-LUTATI. — *Syphilide latente e traumatismi di guerra*. Il Polichino Sezione pratica, 1918.
- *Il Morgagni*, 1912, n° 4.
- VIETS. — *Hérédo-Syphilis et traumatisme*. J. C. L., 1923.
- WILLIAM, MENNINGER, TOPEKA. — *Cicatrisation des plaies chez les syphilitiques*. Journ. Syphiligraph, 1925.
- YOTOKA KLYORTU. — *Wie bein flusst bei der experimentellen Syphilis das trauma den krankheit ausbruch*.

